



## Termo de consentimento Informado para uso de Flutamida



Eu, \_\_\_\_\_, na condição de paciente, ou \_\_\_\_\_, responsável legal pelo paciente acima, grau de parentesco \_\_\_\_\_, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para fins legais que fui orientado sobre os esclarecimentos, quanto ao uso experimental de Flutamida para Covid-19.

Certifico que o uso experimental de Flutamida foi explicado a mim, tendo entendido todo o processo, e por isso:

(  ) **AUTORIZO** o uso de Flutamida como tratamento experimental frente ao Covid-19

(  ) **NÃO AUTORIZO** o uso do Flutamida como tratamento experimental frente ao Covid-19

Araraquara, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente/ responsável legal